

## FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Siniestros de Vida

Ciudad: Bogotá

Fecha: 23-02-2023

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>JORGE BUITRAGO MAHECHA</u>	<u>CC 14.242.542</u>

### INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>JORGE BUITRAGO MAHECHA</u>	<u>CC 14.242.542</u>

Correo Electrónico	Teléfono Fijo	Celular
<u>jorgebuitrago2542@gmail.com</u>	<u>—</u>	<u>3123799945</u>

### Reclamo por el siguiente Motivo:

Fallecimiento (Vida)	<input type="checkbox"/>	Incapacidad Total y Temporal (ITT)	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Total y Permanente (ITP)	<input checked="" type="checkbox"/>	Desempleo (DS)	<input type="checkbox"/>

De acuerdo al motivo reclamado, adjuntar los siguientes documentos:

Documentos*	Vida	ITP	ITT	DS
Formato de Presentación de Indemnizaciones	X	X	X	X
Registro Civil de Defunción	X			
Acta de Levantamiento del Cadáver (muerte accidental)	X			
Epícrisis sobre la causa del fallecimiento	X			
Calificación de la incapacidad (Emitida por la Junta Médica Regional o Nacional)		X		
Incapacidad (Certificación de la EPS o médico tratante del mes de incapacidad)			X	
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		X		
Documentos y Declaración Extrajudicial de Beneficiarios demostrando el parentesco. (No aplica para deudores)	X			
Certificación de su anterior empleador (donde indica el tipo de contrato, fecha de ingreso, fecha de terminación y causa del despido, y/o copia del contrato.)				X
Declaración juramentada 30 días posterior a la fecha de despido y así sucesivamente durante los siguientes 6 meses si está desempleado.				X
Copia de la liquidación elaborada por el empleador y/o acuerdo de conciliación				X

#### \*La aseguradora podrá solicitar documentación adicional en caso de ser requerido

Este formulario y los documentos anexos son para la reclamación que la Compañía deberá dar respuesta, aceptando u objetando el seguro en los tiempos que indica el Código de Comercio. Por último autorizó a cualquier médico, clínica, hospital o en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la Historia Clínica completa del asegurado, si éste es el mismo reclamante o sus herederos.

Firma del Cliente o Reclamante

Cédula: 14242542



Bogotá, 23 de febrero de 2023.

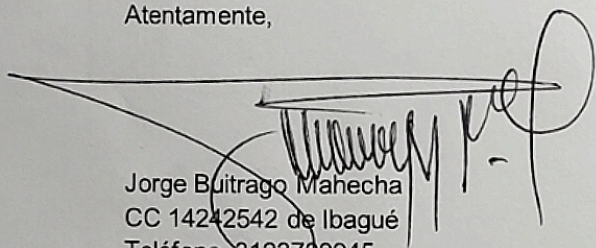
Señores  
Banco BBVA Carrera Once  
Seguros BBVA  
Ciudad

Cordial Saludo

Con ocasión de solicitar, el amparo seguridad vida deudores del crédito 9622993715, por incapacidad laboral total y permanente. Anexo, Carta dirigida al Banco BBVA En un(1) folio, formato de presentación de indemnizaciones en un (1) folio, Dictamen de determinación de Origen y o perdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Regional de Calificación de Invalidez Bogotá, Cundinamarca en (7) folios registro de saldo a la fecha y la Historia Clínica de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en (268) folios. Certificación saldo crédito extracto de crédito a la fecha. En un folio.

Lo anterior en atención de su oficio de fecha Mayo 01 de 2022 dónde se indicó que el amparo se configuraba exclusivamente con la fecha del Dictamen de calificación de la Invalidez

Atentamente,



Jorge Buitrago Mahecha  
CC 14242542 de Ibagué  
Teléfono. 3123799945

Dirección casa. Cra.69A No.57-10 Sur, barrio Villa del Rio, Bogotá  
Correo Electrónico. jorgebuitrago2542@gmail.com